

# 超音波検査予約申込書 兼 診療情報提供書

記載日： 年 月 日

## ■紹介先

兵庫医科大学 梅田健康医学クリニック

TEL:06-6131-4461 FAX:06-6131-4674

## ■紹介元医療機関

医療機関名 所在地 〒	医師名 TEL : FAX : ⑩
フリガナ	性別 〒
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 住所
生年月日(西暦) 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 女
当院または兵庫医科大学病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	電話
検査希望日 <input type="checkbox"/> 最短日を希望 第1希望： 月 日 第2希望： 月 日	※検査結果所見は専門医による判読後に 郵送にて返却いたします
<b>超音波検査</b>	
検査部位 <input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵・脾・腎) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 ※その他の部位をご希望の場合はご相談ください <input type="checkbox"/> 頸動脈・ドプラ <input type="checkbox"/> その他( )	
傷病名 (疑い)	
検査目的 症状	
手術歴(検査部位に関して) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
治療歴(検査部位に関して) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
特記事項あれば下記に記載ください	